Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Pielęgniarka Polska Nr 4

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 4

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

KRAKÓW, UL. ŚW. KRZYŻA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Pojedyńczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej na maszynie pisanych. — Rękopisów nie zwraca się.

Rok I. Październik 1929 Nr. 4.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ I JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ.

PROGRAM WALNEGO ZJAZDU
Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek zawodowych

Do tej pory Walne Zjazdy odbywały się w Warszawie, będącej siedzibą Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Zjazd tegoroczny odbędzie się w dniach 19-go i 20-go października w Krakowie. Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Higjenistek w Krakowie zapewni wielu z biorących udział w zjeździe gościnę i w swoich murach i poza niemi w prywatnych mieszkaniach. Dyrekcja Kolei w Krakowie przyznała członkiniom zjazdu 50% zniżkę na drogę powrotną.

Tak program zjazdu, jak i fakt, że odbędzie się on w Krakowie, którego przepięknych zabytków nie znają jeszcze wszystkie pielęgniarki, a te, które je już znają, z pewnością nie ominą sposobności, by raz jeszcze je ujrzeć — niewątpliwie ściągnie liczny poczet pielęgniarek zawodowych.

Oto program zjazdu:

DZIEŃ I.

dnia 19-go października

Porządek dzienny:

Godzina 10 rano:

Msza św. w kaplicy Uniw. Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek, ulica Kopernika L. 23.

Godzina 10^{30} rano:

Zebranie, poświęcone sprawom zawodowym Stowarzyszenia w Uniw. Szkole Pielęgniarek i Higjenistek (wstęp dla członków zwycz.).

Godzina 4 popołudniu:

Otwarcie Zjazdu w sali Tow. Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska L. 4, (Dom Lekarski).

Zagajenie przez Przewodniczącą Stowarzyszenia, p. Jadwigę Romanowską.

Wybór przewodniczącego.

Przemówienie przewodniczącego posiedzenia.

Temat zebrania:

SPRAWY PIELĘGNIARSKIE.

Referaty:

1) **Rozwój pielęgniarstwa społecznego w Polsce**, Dr Czesław Wroczyński.
2) **Referat pielęgniarski w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych**, p. Marja Babicka.
3) **Sprawozdanie ze Zjazdu Międzynarodowego Pielęgniarek Zawodowych**, p. Jadwiga Romanowska.

Godzina 9 wieczór:

Zebranie towarzyskie w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higjenistek.

DZIEŃ II.

dnia 20-go października

Porządek dzienny:

Godzina 10 rano:

Zebranie w Domu Lekarskim, ul. Radziwiłłowska L. 4.

Temat zebrania:

OPIEKA NAD DZIEĆMI WYJĄTKOWEMI.

Referaty:

1) **O dziecku psychopatycznem**, Dr Władysław Medyński.
2) **Szkolenie dzieci nienormalnych**, Dyrektor Szkoły Specjalnej w Krakowie, p. Wiśniewski.
3) **Opieka nad dziećmi nienormalnemi w Ośrodku Zdrowia na Amelinie w Warszawie**, p. Stapczańska.

Dyskusja.

Godzina 4 popołudniu:

Zebranie w Domu Lekarskim, ul. Radziwiłłowska L. 4.

Temat zebrania:

DOKSZTAŁCANIE PIELĘGNIAREK.

Referaty:

1) **Potrzeba dokształcania pielęgniarek** w zakresie **pielęgniarstwa szpitalnego**, p. Jadwiga Suffczyńska.

Koreferat: p. Anna Rydlówna.

Dyskusja.

2) **Potrzeby dokształcania absolwentek** w zakresie **pielęgniarstwa zdrowia publicznego**, p. Gołębianka.

Koreferat: p. Jędrzejewska.

Dyskusja.

Godzina 7[30] wieczorem:

Zamknięcie zjazdu w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higjenistek, ulica Kopernika L. 23 (wstęp dla członków zwyczajnych).

Społeczna rola Lecznicy w walce z gruźlicą

(Z Lecznicy Lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą w Hołosku, Dyrektor Dr L. Węgrzynowski).

Lecznica Towarzystwa Walki z Gruźlicą w Hołosku Wielkiem nosiła dawniej nazwę „s a n a t o r j u m“. Zorjentowaliśmy się jednak, że w dzisiejszych stosunkach sanatorja dla lekko chorych z punktu widzenia społecznego są jeszcze pewnego rodzaju zbytkiem i że w walce z gruźlicą mało są celowe, zaczęliśmy więc przyjmować do naszego zakładu przypadki cięższe, wskutek czego instytucja straciła charakter „sanatorjum“, a przybrała charakter „szpitala - sanatorjum“. To skłoniło nas do zmiany nazwy „sanatorjum“ na „l e c z n i c ę“. Dziś, przy tak wielkim braku łóżek szpitalnych dla ciężko chorych, a miejsc izolacyjnych dla chorych z daleko posuniętemi zmianami gruźliczemi, nie rokujących poprawy, pierwszorzędną rolę w walce z gruźlicą odgrywają „lecznice“. Obecnie, gdy ze względów finansowych nie możemy tworzyć oddzielnych szpitali i sanatorjów w ścisłem tego słowa znaczeniu, winniśmy przedewszystkiem budować „lecznice“. Pod słowem „lecznica“ rozumiemy zakłady, do których zostają przyjmowani nietylko chorzy, u których możemy uzyskac poprawę, lecz także i ci, których stan już jest za poważny, by można liczyć na dodatnie wyniki leczenia. Gdy przeglądniemy materjał chorych, który od dwóch lat obserwowaliśmy w lecznicy w Hołosku, to zobaczymy, że pewien procent chorych z punktu widzenia klinicznego nie powinien być przyjęty. Słusznie też możnaby nam zarzucić, że przyjmując takie przypadki, zmniejszamy ilość łóżek dla chorych, u których leczeniem sanatoryjnem możemy uzyskać poprawę. Jeśli na tę sprawę będziemy patrzeć z punktu widzenia czysto klinicznego, to rzeczywiście musimy przyznać, że do sanatorjum winni być przyjmowani li tylko tacy, którzy rokują poprawę kliniczną. Pamiętajmy jednak, że dziś lecznice poza rolą kliniczną mają jeszcze ważniejsze zadanie do spełnienia: muszą być miejscem wychowawczem. Pracujący w poradniach przeciwgruźliczych

przyznają nam, że usuwanie tych chorych z pośród otoczenia, jako rozsadników gruźlicy, jest sprawą pierwszorzędnej wagi. Muszą oni być usunięci z pośród zdrowych, gdyż nie umieją zachowywać zasad, obowiązujących chorych na gruźlicę. Trzeba ich tego praktycznie nauczyć, a rolę tę winna spełniać lecznica.

Lekarz lecznicy musi być nie tylko klinicystą, lecz również — wychowawcą, a pielęgniarka, poza przygotowaniem szpitalnem, musi mieć — społeczne. Tu, w lecznicy, pacjent musi nauczyć się uważać na siebie i na swoje otoczenie. Jeśli weźmiemy pod uwagę, jak mało jeszcze ludzi uświadomionych jest pod względem higjeny, to zrozumiemy, jak wiele do działania na tem polu mają lekarze i pielęgniarki w lecznicach.

Jednem z pierwszych zadań jest uświadomienie pacjenta, że jest on chory na gruźlicę, gdyż często zdarza się, że o tem nie wie. Trudne to nieraz zadanie, bo ludzie boją się słowa „gruźlica", lecz w każdym wypadku trzeba bezwzględnie otworzyć oczy choremu, musi on wiedzieć, że ma gruźlicę. Przez dokładny wywiad, a raczej przez cierpliwe wysłuchanie nieraz przewlekłego rozwodzenia się pacjenta nad przebiegiem choroby, jej objawami i leczeniem, orjentujemy się, jak chory oddziała na odsłonięcie prawdy, i zależnie od tego staramy się go przygotować.

Z chwilą, gdy pacjent wie już o tem, że ma gruźlicę, musi sobie dokładnie zdać sprawę z tego, że jest on źródłem zakażenia. Naogół ludzie wiedzą, że gruźlica jest chorobą zakaźną, lecz w rzeczywistości nie zdają sobie z tego jasno sprawy i nie poczuwają się do odpowiedzialności za swoje otoczenie. Przykrą jest świadomość tego, że jest się zaraźliwym, lecz każdy chory winien być z całą dokładnością o tem poinformowany, naszą zaś rzeczą jest tak mu to podać, by nie czuł się trędowatym w społeczeństwie i nie czuł żalu do ludzi. Chcąc to uzyskać, lekarz i pielęgniarka winni go utwierdzić w tem, że jeśli przestrzegać będzie odpowiednich poleceń, to choroba jego nie będzie dlań zaporą w obcowaniu z ludźmi. Nieraz spotyka się wśród chorych typ mściwy, który otwarcie zupełnie twierdzi, że jeśli on jest chory, to niech i otoczenie jego zachoruje. Z tymi najtrudniejsza walka, lecz nigdy nie powinno się zniechęcać, lecz wytrwale zwalczać w nich to uczucie nienawiści. Trzeba ich nauczyć kochać ludzi i życie. Przedewszystkiem musi im się poświęcić więcej czasu i w rozmowach starać się o uchwycenie punktu, który jest jeszcze dostępny dla uczucia miłości. Wszak każdy człowiek coś kocha. Jeśli zaś już to coś znajdziemy, to starajmy się w chorych rozbudzić stronę uczuciową i wykazać bezpodstawność ich nienawiści i mściwości. Zawsze starajmy się o wyrobienie u chorych pogody ducha. Chcąc to uzyskać, winniśmy być zawsze wobec chorego zrównoważeni i weseli. Dobry humor otoczenia dobrze działa na chorego, więc tak lekarz, jak i pielęgniarka muszą być zawsze pogodni, a nawet pełni radości życia. Niech chory wie, że pracuje się przy nim z radością, niech wie, że otacza się go troskliwą, a bezinteresowną opieką, niech czuje, że jest otoczony przyjaciółmi, a zacznie sam przyjaźniej patrzeć na swe otoczenie i zrozumie, jak głupie było jego mściwe stanowisko wobec bliźnich.

Ze sprawą wyrabiania u chorych pogody ducha ściśle związany jest obowiązek utwierdzania pacjenta w tem, że stan jego zdrowia nie jest beznadziejny. Nie wolno, by chory popadł w depresję. I to właśnie utrzymywanie pacjenta w przekonaniu, że sprawa nie jest jeszcze przegrana,

jest najtrudniejszym i najbardziej przykrym obowiązkiem. Lekarz i pielęgniarka, znając stan nieraz nawet bardzo ciężki i zupełnie beznadziejny, muszą wykazać w tych wypadkach duże opanowanie. Chory jest przeważnie dobrym i podstępnym obserwatorem, zwraca uwagę na każde słowo, na każde drgnienie niemal osób pielęgnujących go. Musimy więc ważyć każde powiedzenie i panować nad każdym mięśniem twarzy. Ani w leczeniu, ani w staraniach nie można ani na chwilę ustać, i owszem, chory musi być przekonany, że robimy wszystko, co w naszej mocy, by go ratować, a co za tem idzie, że i my jeszcze wierzymy w polepszenie się jego stanu. Pamiętajmy o tem, że każdy chory, nawet ten, który nas chce przekonać o beznadziejnym swym stanie i o bliskiej śmierci, czeka zaprzeczenia z naszej strony, on pragnie usłyszeć z naszych ust, że będzie jeszcze dobrze. By umieć utrzymać tych nieszczęśliwych w nadziei, musimy wgłębić się w ich psychikę. Należy pamiętać, że w traktowaniu chorych nie może być wprowadzony szablon, każdy bowiem chory jest jednostką odrębną indywidualnie; musimy to uznać i odpowiednio zachować się wobec każdego z nich. I tak jednego przez odnoszenie się z pewnem lekceważeniem do jego skarg, utwierdzamy w przekonaniu, że jego stan nie jest poważny, drugiego znów musimy traktować serjo. Starajmy się zawsze wpaść w ton, którego pacjent od nas wymaga, lecz zawsze pamiętajmy o tem, że przedewszystkiem czeka on słów nadziei.

Gdyśmy już chorego uświadomili, że gruźlica jest chorobą zakaźną, to teraz musimy go jeszcze pouczyć, jak ma się zachowywać, by wróciwszy do domu, stał się, o ile możności, bezpieczny dla otoczenia. Spełnienie tego zadania głównie należy do pielęgniarki. Musi ona nauczyć go, by stale miał przy sobie spluwaczkę kieszonkową, by nie pluł do chustki, żeby przy kaszlu zasłaniał usta, żeby bielizny brudnej nie układał wraz z czystą, lecz kładł ją do specjalnie na ten cel przeznaczonych worków. Dalej powinna zwrócić uwagę pacjenta, że ręczniki powinien mieć wyłącznie dla własnego użytku. Baczną też uwagę powinna zwrócić na to, by nie pozwalał nikomu siadać lub kłaść się na swojem łóżku. W czasie odwiedzania chorego przez rodzinę i znajomych, pielęgniarka powinna kontrolować, czy chory nie całuje się z rodziną, czy nie daje im pić ze szklanki, używanej przez niego i t. d., a po odejściu gości, obowiązkiem jej jest wytknięcie pacjentowi jego nieuważnego zachowania się. Czasem nawet pielęgniarka musi uczyć pacjenta myć zęby i ręce przed jedzeniem. Wogóle starać się winna pielęgniarka wglądnąć w każdy szczegół życia pacjenta, gdyż dopiero w ten sposób może go dokładnie pouczyć, jak ma się zachować po opuszczeniu lecznicy. Chcąc jednak w zupełności przygotować pacjenta do życia wśród zdrowych, musimy poznać jego warunki rodzinne, mieszkaniowe, służbowe i materjalne, gdyż dopiero wówczas możemy sobie uświadomić, co z naszych wymagań jest do przeprowadzenia. Ponieważ ani lekarz, ani pielęgniarka lecznicy nie mogą naocznie przekonać się o stosunkach domowych pacjenta, a nie zawsze wystarczają podania chorego, dlatego winien być zachowany, o ile możności ścisły kontakt między lecznicą, a poradnią przeciwgruźliczą miejscowości, skąd pacjent pochodzi. Przed opuszczeniem lecznicy przez chorego, powinna być o jego powrocie do domu powiadomiona odnośna poradnia, by przez swoją pielęgniarkę społeczną mogła przygotować w domu wszystko na jego powrót.

Widzimy więc, że chcąc pod względem wychowawczo - społecznym uzyskać dobre wyniki, lecznica winna stanowić niejako jedność z poradnią. Tylko poradnie przeciwgruźlicze powinny przysyłać chorych do lecznicy, gdyż tylko one dzięki wywiadowczej służbie zdają sobie sprawę, który z chorych najbardziej potrzebuje umieszczenia w lecznicy. Poradnie też po odejściu chorych z lecznicy mogą dalej kontrolować życie pacjenta i baczyć, by praca nasza nie poszła na marne.

Drugim zaś podstawowym warunkiem spełniania zadania społecznego przez lecznice jest stwarzanie oddzielnych pawilonów dla sfer niewyszkolonych, a osobnych dla sfer pracowników umysłowych. Uważamy kwestję tę za zasadniczą, gdyż w zupełnie odmiennych warunkach życiowych żyją jedni i drudzy, a my bezwarunkowo winniśmy dbać o to, by choremu w lecznicy dać o ile możności warunki zbliżone do jego domowych. Biednego więc nie możemy otoczyć zbytkiem i komfortem, bo po powrocie do domu po długotrwałym pobycie w lecznicy, nie umiałby wprost w tak odmiennych warunkach wprowadzić w czyn tego, czego nauczył się w lecznicy.

A naodwrót człowiek, który przywykł do pewnych wygód i do komfortu, czułby się źle w lecznicach, nie odpowiadających jego wymaganiom i dotychczasowym nawyknieniom. Po drugie jest faktem, że towarzysko źle czują się ludzie o nierównym poziomie wykształcenia i kultury, a my musimy dbać o to, by w lecznicy pacjenci czuli się dobrze i niejako stanowili rodzinę.

Na zakończenie muszę jeszcze wspomnieć, że lecznice w przyszłości beda miały jeszcze jedno zadanie do spełnienia. Będzie się w nich odbywać podczas leczenia przyuczanie do tych zawodów, które człowiek chory będzie mógł wykonywać po wyjściu z lecznicy z poprawą. Lecznice będą niejako przedszkolem kolonij robotniczych, chorych na gruźlicę. Dziś jeszcze ze względów czysto materjalnych, o tem tylko mówić możemy, a wprowadzenie tego w czyn — to pieśń przyszłości.

Dr Ewa Torosiewicz-Cybulska
Pierwsza asystentka Lecznicy Hołosko - Lwów.

---

24 Godziny pracy pielęgniarskiej

w Szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie

Wiadomo, do jakiego stopnia systematyczny rozkład zajęć szpitalnych zmniejsza wysiłek pielęgniarek, jak ułatwia im dobrą, sprężystą pracę i zbawiennie odbija się na pacjentach, czy to dorosłych, czy nieletnich.

Opisując szczegółowo zajęcia pielęgniarskie w Szpitalu im. Karola i Marji, zaznaczam, że rozkład ich jest wypróbowany i wydoskonalony przez 16 lat istnienia szpitala, może więc służyć wielu pielęgniarkom, zaczynającym pracę, za pomoc i wzór.

Ograniczę się do opisu pracy na oddziale chirurgicznym, ponieważ na wszystkich oddziałach obowiązuje mniejwięcej ten sam system, z uwzględnieniem oczywiście, indywidualnych potrzeb każdego z nich. Równolegle do pracy pielęgniarki, podam pracę służącej.

Praca na sali: Na sali, liczącej nominalnie 26, w rzeczywistości 30 łóżeczek, pracuje na dobę 5 pielęgniarek, na trzy zmiany, każda po ośm godzin. Trzy pielęgniarki dzienne rozpoczynają dyżur o godz. 7-mej rano, dwie z nich pracują z krótką przerwą na obiad do 15.15, trzecia „dodatkowa", mając przerwę od 12—15, kończy pracę o godz. 18-tej. Pielęgniarka „popołudniowa" zaczyna dyżur o 15, kończy o 23, „nocna" pracuje od 23—7-mej.

O godz. 7-mej pielęgniarka nocna zdaje dyżur tej dziennej, która będzie obecna przy wizycie lekarskiej, następnie schodzi z oddziału. Pielęgniarki ścielą łóżka (materac codzień przewracany) do godz. 8 rano.

Służąca, która przyszła o g. 7.30, do g. 8-mej myje nocniki, baseny, słoje do zbierania moczu, sprząta brudownik, „pobyt dzienny" (salę, w której bawią się w dzień dzieci, mogące przebywać poza łóżeczkami), spiera podkłady. Od g. 8—8.45 sprząta salę i „celki" (boxy oszklone w rogach sali dla dzieci, wymagających izolacji), zamiata i wyciera podłogi (pokryte linoleum), myje umywalnie.

Przez ten czas od g. 8—8.30 jedna pielęgniarka wyciera kurze z łóżeczek, stoliczków, biurka, statywu z lekarstwami, druga robi zabiegi jak oczyszczanie jamy ustnej, masaż, kąpiel lecznicza, trzecia rozdaje lekarstwa i robi injekcje, a następnie przygotowuje drugie śniadanie.

O godz. 8.30 przychodzą lekarze. Zaraz po wizycie lekarskiej dzieci dostają drugie śniadanie. Na oddziale chirurgicznym dużo dzieci leży nieruchomo, podczas więc każdego posiłku zajęte są wszystkie pielęgniarki, czasem nawet pomaga karmić służąca.

O godz. 9-tej jedna z pielęgniarek, ta, która asystowała przy wizycie lekarskiej, odchodzi na salę operacyjną i opatrunkową i pozostaje tam aż do obiadu dzieci. Zabiegi operacyjne zaczynają się o godz. 9-tej, po zabiegach — opatrunki i badanie nowych dzieci. Roentgen funkcjonuje dwa razy na tydzień.

Z dwu pielęgniarek pozostałych, jedna dozoruje dzieci na tarasie, od wczesnej wiosny do późnej jesieni dzieci są wynoszone na taras na godziny od 9—17, — druga zostaje na sali przy dzieciach pooperacyjnych i ciężko chorych, robiąc zabiegi i t. d.

Służąca oddziałowa od godz. 8.45—9.15 zmywa w kuchence podręcznej naczynia po pierwszem i drugiem śniadaniu i sprząta kuchenkę. Od godz. 9.15—11 myje i czyści, zależnie od dnia, według rozkładu, który podam na końcu. Od godz. 11—11.30 przygotowuje wózek do obiadu (wszelkie posiłki wwożone są na salę na specjalnym wózku) i z pawilonu gospodarczego przynosi obiad.

Druga służąca, dodatkowa, pracująca na oddziale chirurgicznym i oddziałku gruźliczym (w tymsamym pawilonie) od g. 8—8.45 sprząta izolatki, pokój badań, od godz. 8.45—9.15 sprząta wejścia i łazienki, od godz. 9.15—9.30 ściera kurze na długim korytarzu, łączącym oddział chirurgiczny z oddziałem wewnętrznym. Od g. 9.30—10.15 sprząta pokoje pielęgniarek, od g. 10.15—12 myje i czyści według rozkładu.

Obiad trwa od g. 11.30—12, zajęte są trzy pielęgniarki. Dzieci, które mogą siedzieć przy stole, przynoszone są z tarasu na „pobyt dzienny". Po obiedzie o g. 12-tej „dodatkowa" pielęgniarka schodzi z oddziału. Pozostałe przewijają dzieci i podają nocniki i baseny, które przywożą na salę na wózku, każde dziecko ma swój nocnik. Nastepnie jedna liczy tętno, druga rozdaje lekarstwa, robi zastrzyki i t. d. O g. 12.30 jedna

idzie na obiad, druga przygotowuje podwieczorek i uważa na dzieci; o g. 13-tej pierwsza pielęgniarka wraca, druga idzie na obiad. Na sali i tarasie od g. 12—13-tej obowiązuje cisza, dzieci śpią, lub leżą cichutko.

Służąca od g. 11.30—12 sprząta łazienkę przy sali, porządkuje brudną bieliznę, w razie koniecznym pomaga w karmieniu dzieci. Od g. 12—12.30 wylewa i myje nocniki i baseny, spiera podkłady, zmywa naczynia po obiedzie, przygotowuje do podwieczorku, zamiata salę. Ma wolne od godz. 12.30—15.30, pielęgniarki zostają bez służącej od g. 12.30—14-tej; o godz. 14 przychodzi służąca dodatkowa, przynosi z apteki lekarstwa, sprząta korytarze, izolatki, agonizans, zmywa naczynia po podwieczorku i schodzi o g. 15.30.

Pielęgniarki od 13—14 układają w środy i soboty czystą bieliznę w szafach; każdy oddział 2 razy tygodniowo odsyła brudną bieliznę i zaraz otrzymuje takąsamą ilość bielizny czystej. W piątki od 1—2 pielęgniarki ważą dzieci. (Na oddziale wewnętrznym ważenie odbywa się dwa razy na tydzień).

Od godz. 14—14.30 podwieczorek, następnie przewijanie, podawanie nocników i basenów. Od g. 14.30—15 wymiatanie okruszyn z łóżeczek i poprawianie posłania oraz mierzenie temperatury.

O godz. 15-tej przychodzi pielęgniarka popołudniowa i powraca dodatkowa. Dzienne pielęgniarki zdają dyżur popołudniowej, dokładnie informując o dzieciach, zwłaszcza nowo przyjętych i schodzą o g. 15.15.

Od godz. 15.15—15.30 pielęgniarka popołudniowa spisuje na kartce temperatury, opatrunki, zabiegi operacyjne i t. d., by następnie wciągnąć to do „dziennika pielęgniarskiego". O godz. 15.30 idze na podwieczorek jedna pielęgniarka, wraca, — idzie druga o g. 15.45 i wraca o g. 16-tej.

O godz. 16 — wizyta lekarza dyżurnego i przełożonej pielęgniarek, następnie do 16.45 pielęgniarki robią zabiegi i kąpią dzieci, mające być nazajutrz operowane.

Od godz. 16.45—17.15 kolacja. Od godz. 17.15—18 pielęgniarki poprawiają łóżeczka, układają dzieci do snu i mówią z niemi pacierz. O godz. 18 pielęgniarka dodatkowa kończy dyżur.

Służąca oddziałowa wraca o godz. 15.15, do godz. 16-tej, sprząta salę, wylewa baseny i nocniki, od godz. 16—16.20 sprząta kuchenkę i przygotowuje do kolacji. Od godz. 16.20—16.45 myje i czyści według rozkładu. O godz. 16.45 przynosi kolację, do godz. 17.30 myje i czyści podług rozkładu lub do godz. 17.15 pomaga pielęgniarkom w karmieniu dzieci. Od godz. 17.30—18 zmywa naczynia, spiera podkłady, wylewa baseny i nocniki. Kuchenkę i brudownik zostawia w najzupełniejszym porządku i schodzi o godz. 18-tej. Od godz. 18—23 pielęgniarka popołudniowa zostaje bez służącej.

Pielęgniarka od godz. 18—19 robi injekcje, rozdaje lekarstwa, robi zabiegi i sprząta stoliki na sali. Od godz. 19—19.20 je kolację na oddziale. Od godz. 19.20—20.30 czyści igły i t. d. Od godz. 20.30—21 przewija małe dzieci, od godz. 21—22 pisze relewy, wykaz chorych i dziennik pielęgniarski. W dzienniku pielęgniarskim — w odróżnieniu od raportów pielęgniarskich, pisanych w wielu innych szpitalach — każde dziecko ma swoją kartę, gdy zabraknie miejsca, dolepia się następną. W ten sposób pielęgniarka ma przegląd choroby, od pierwszego do ostatniego dnia pobytu dziecka w szpitalu. Notuje temperaturę, tętno, zabiegi, wagę, lekarstwa, objawy. Pielęgniarka popołudniowa, pisze sprawozdanie z dnia

i popołudnia czarnym atramentem, a nocna z nocy czerwonym. Podobnie zlecenia lekarskie w książce zleceń dla pielęgniarek dziennych i popołudniowej pisane są czarno, dla nocnej — czerwono. Taksamo na kartach — zabiegi i t. d.

Między godz. 21.30 a 22.30 jest nocny obchód lekarza dyżurnego.

Od godz. 22—23 pielęgniarka przewija małe dzieci, większym daje nocniki i baseny, które wylewa i myje sama, poczem porządkuje oddział.

O godz. 23-tej przychodzi nocna pielęgniarka, popołudniowa zdaje jej dokładnie dyżur, obchodząc z nią wszystkie łóżeczka. Zaznacza, które dzieci mają zostać naczczo do operacji — i schodzi z dyżuru.

Po przejęciu oddziału, pielęgniarka nocna od 23.15—23.40 przygotowuje naczynia do śniadania na wózku, w lecie przegotowuje powtórnie mleko. Je kolację od g. 23.40—24. Od godz. 24—1 liczy tętno i przewija małe dzieci. Od godz. 1—3 reperuje bieliznę. Od godz. 3—4 przewija i wysadza dzieci. Od godz. 4—4.30 wypełnia dziennik. Od godz. 4.30—5: przygotowuje śniadanie (kraje chleb, gotuje jaja). Od godz. 5—6.15 mierzy temperaturę, zbiera mocze do analizy, daje enemy dzieciom przed operacją, myje dzieci ciężko chore i leżące w celkach.

Służąca nocna, jedna na 2 oddziały — wewnętrzny i chirurgiczny przychodzi o godz. 23-tej. Od 23—24 zmywa naczynie, od 24—1 plombuje worki z brudną bielizną, pomaga pielęgniarkom przy zastrzykach (trzyma dzieci). Od godz. 1—5 sprząta korytarze, pokoje badań, wejście, froteruje, czyści. Od godz. 5—7 pomaga przy myciu i karmieniu dzieci na oddziale wewnętrznym, o godz. 7 kończy dyżur.

O godz. 5-tej przychodzi na oddział chirurgiczny dodatkowa służąca i do godz. 7-mej myje i karmi dzieci.

O godz. 6.15 pielęgniarka mówi z dziećmi pacierz, następnie od godziny 7-mej trwa śniadanie, przewijanie i wysadzanie dzieci. O godz. 7 pielęgniarka nocna zdaje dyżur dziennej i o 7.15 schodzi z oddziału.

Poza wyżej opisaną codzienną pracą, pielęgniarki mają wyznaczone dodatkowe zajęcie na różne dni tygodnia. A więc na środę muszą być gotowe puszki do sterilizacji, sterilizacja sucha igieł do injekcyj odbywa się w soboty, w sobotę pielęgniarki dzienne zmieniają pościel, popołudniowa sprząta apteczkę, biurka, szuflady, a nocna czyści statyw do lekarstw. W dzień oddawania bielizny do prania, jedna z pielęgniarek dziennych udaje się o godz. 8 do pawilonu gospodarczego liczyć brudną bieliznę i taką samą ilość czystej, przeznaczonej na jej oddział, pomaga układać w sortowni.

Każda pielęgniarka ma dwa tygodnie dyżuru dziennego (z tego przez jeden tydzień pracuje tylko przy dzieciach na sali, a przez drugi pomaga na sali operacyjnej i opatrunkowej i asystuje przy wizycie lekarskiej), jeden tydzień dyżuru popołudniowego i jeden nocnego.

Każda pielęgniarka szpitalna ma co pewien czas, według kolejności, dyżur nocny, tygodniowy od godz. 19—7; przez ten czas musi być w swoim pokoju, bo może być w każdej chwili wezwana do pomocy przy przyjmowaniu na któryś oddział nowego dziecka wieczorem i w nocy — gdy na oddziałach jest tylko jedna pielęgniarka.

Sala operacyjna. Jedna pielęgniarka. Praca od godz. 8—16. Od godz. 8—8.30 pielęgniarka przygotowuje dzieci do operacji, gotuje narzędzia. Od godz. 8.30—8.45 myje sę do operacji, od godz. 8.45—9 przygotowuje, rozkłada narzędzia. Operacje trwają od godz. 9—11, od godziny

11 do 12-tej opatrunki. Od godz. 12—12.30 pielęgniarka sprząta, wyciera narzędzia. Od godz. 12.30—13 obiad, od godz. 13—15 sterilizacja materjału, wody, przygotowywanie materjału opatrunkowego i operacyjnego, cięcie bandaży, naprawianie rękawiczek, sterilizacja rękawiczek, naprawianie bielizny. We wtorki i piątki oddawanie do prania brudnej bielizny, we środy sterilizacja materjału dla wszystkich oddziałów. Od godz. 15—16-tej przygotowanie sali operacyjnej na dzień następny.

Służąca przychodzi do pracy o godz. 7.30 rano. Z przerwą 2 i pół godzinną pracuje do godziny 17-mej. Od godz. 7.30—8 sprząta gabinet lekarski, wyciera kurze na sali opatrunkowej, korytarzu i w instrumentarni. Od godz. 8—8.30 nalewa wodę do sterilizatorów, wyciera podłogi w sali operacyjnej lizolem, nikle spirytusem, szkła sublimatem. Od godz. 8.30—12 pomaga przy operacjach i opatrunkach: ubiera lekarzy, przynosi narzędzia ze sterilizatorów, wozi dzieci na opatrunki. Od godziny 12—12.30 sprząta salę operacyjną, opatrunkową, gipsownię. Od godziny 15—17 sprząta w dalszym ciągu, myje korytarze i podłogi w salach, gipsuje bandaże, zwija bandaże, czyści klamki. Obowiązuje ją jak i wszystkie służące na oddziałach sprzątanie z codziennego rozkładu.

Rozkład pracy dla służących na każdy dzień tygodnia.

Poniedziałki: Czyszczenie kaloryferów, rur, zbiorników w łazienkach, klozetach i brudownikach. Wtorki: Czyszczenie nikli, klamek. Środy: Mycie kwiatów i parapetów, spluwaczek. Czwartek: Mycie białych mebli, stolików przy łóżkach, omiatanie sufitów i ścian. Piątki: Czyszczenie naczyń kuchennych, stołów blachą krytych, sterilizatorów, puszek. Soboty: Szorowanie kubłów, parawanów, boksów i lamp.

Dodatkowa służąca ma wyznaczone godziny ranne do mycia drzwi i okien codzień na innym oddziale.

H. Jurkiewiczówna

Notatki zawodowe

Punkcje.

Punkcja jest to wydobywanie płynu z jamy ciała za pomocą odpowiednich instrumentów.

Rodzaje punkcyj: 1) punkcja mózgu; 2) punkcja klatki piersiowej; 3) punkcja stawowa; 4) punkcja jamy brzusznej; 5) punkcja lędźwiowa.

I. **Punkcja czaszki:** w celu leczniczym, jak przy wodogłowiu, ropniu mózgu i diagnostycznym, jak przy nowotworach mózgu; (zwykle pod narkozą).

Pole operacyjne: najwyższe uwypuklenie kości czołowej lub kość ciemieniowa 4 cm. od górnego brzegu małżowiny usznej.

Przygotowanie miejsca: wygolić, umyć i wydezynfekować.

Przedmioty: 1) jodyna; 2) skalpel; 3) świder elektryczny, 4) strzykawka (z długą i grubą igłą); 5) kolba szklana lub probówka (wyjałowiona); 6) czarka; 7) opatrunek jałowy, przylepiec, albo bandaż.

II. **Punkcja klatki piersiowej:** w celu diagnostycznym lub leczniczym, dostarcza płynu przesiękowego lub wysiękowego.

Pozycja chorego: pacjent siedzi z rękoma skrzyżowanemi na piersiach, z głową, pochyloną ku przodowi, lekko pochylony na stronę, po której wykonuje się punkcję.

Miejsce ukłucia: po stronie grzbietowej, nad żebrem.

Pole operacyjne wyjaławia się, jak zwykle.

Przybory: 1) jodyna; 2) strzykawka 10—20 cm. z igłą długą, grubszą, tępo zakończoną; 3) aparat Potin'a (ewentualnie); 4) czarka; 5) probówki lub większe naczynie wyjałowione; 6) opatrunek wyjałowiony; 7) chlorethyl.

Uwagi. 1) Skutkiem gwałtownego punktowania może nastąpić zapad, aby tego uniknąć, lekarz punktuje powoli, zwracając uwagę na samopoczucie chorego. 2) Jeżeli po punkcji robi się płukanie rivanolem (środkiem dezynfekcyjnym), to rivanol winien być zagrzany oraz przygotowana druga strzykawka.

III. **Punkcja stawów**: Przygotowanie i cele, jak wyżej.

Przybory: 1) strzykawka 20 cm. z krótką igłą, mocną i grubą; 2) chlorethyl; 3) jodyna; 4) czarka; 5) opatrunek wyjałowiony; 6) szyna lub łupki dla późniejszego unieruchomienia kończyny.

IV. **Punkcja jamy brzusznej** wykonuje się w celach leczniczych i diagnostycznych.

Miejsca nakłuć: 1) W połowie prostej, przeprowadzonej między kolcem przednim biodrowym górnym, a pępkiem. 2) W połowie prostej między tym kolcem, a spojeniem łonowem. 3) Od linji białej w połowie między pępkiem, a spojeniem łonowem o 1 centymetr na lewo.

Niebezpieczeństwo polega na tem, że można skaleczyć jelito, oraz może nastąpić zapad (badać tętno).

Potrzebne przybory: 1) przybory do dezynfekcji skóry; 2) chlorethyl; 3) troicard lub gruba igła; 4) duże naczynie do płynu; 5) aparat do mierzenia ciśnienia (Rivarocci'ego); 6) jodyna; 7) opatrunek wyjałowiony; 8) czarka; 9) cerata z podkładem; 10) kolba albo probówka wyjałowiona, w której odsyła się płyn do zbadania; 11) taca, przygotowana do zastrzyku (camphora i coffeina); 12) wiadro.

Pozycja w czasie zabiegu siedząca lub pół-leżąca, a po zabiegu leżąca. — Po zabiegu pacjent czuje się bardzo osłabiony, należy więc podać mu lekki posiłek (herbatę, kawę, wino).

V. **Punkcja lędźwiowa** (lumbalna) wykonuje się w celach leczniczych dla zmniejszenia ciśnienia w kanale rdzeniowym i jamie czaszki (przy zapaleniu opon mózgowych i wodogłowiu) oraz w celu diagnostycznym dla stwierdzenia meningitu lub kiły.

Potrzebne przybory: 1) przybory do dezynfekcji skóry; 2) chlorethyl lub nowokaina; 3) wyjałowione próbówki dla instytutu mikrobiologji; 4) czarka; 5) dwie igły do punkcji (z zatyczką); 6) jedna menzurka; 7) dwie pincetki; 8) opatrunek wyjałowiony; 9) ołówek dermatologiczny, do oznaczenia miejsca nakłucia.

Miejsoa ukłucia: 1) między 3 i 4 kręgiem lędźwiowym u dzieci; 2) między 4 i 5 u dorosłych.

Pozycja: 1) klęcząca ze zgiętym tułowiem i pochyloną głową; 2) siedząca z silnie pochyloną głową; 3) leżąca na prawym boku przy silnie zgiętym tułowiu.

Po zabiegu układa się pacjenta płasko i zostawia w spokoju. Do zabiegu używa się niekiedy specjalnej strzykawki z manometrem, który

wskazuje ciśnienie płynu w kanale rdzeniowym. Gdy ciśnienie jest poniżej 50, punkcję się przerywa. Dla celów diagnostycznych wystarcza 10 cm. płynu.

Czynności pielęgniarki przy punkcjach. Pielęgniarka przygotowuje chorego, wyjaławia instrumenta, przygotowuje wyżej wyszczególnione przedmioty, zależnie od rodzaju punkcji. Umyte ręce lekarza zlewa alkoholem, palec wskazujący i kciuk smaruje jodyną. Dezynfekuje skórę i następnie znieczula chlorethylem miejsce przyszłego nakłucia. (Prąd chlorethylu należy puścić z odległości 60—80 cm. aż do zamrożenia, objawiającego się zbieleniem). Podaje lekarzowi igły, strzykawki i t. d. — zależnie od rodzaju punkcji. Podstawiając wyjałowioną menzurkę lub probówkę, uważa, by nie zanieczyścić wacika pokrywkowego. Po ukończonym zabiegu na miejsce ukłucia przykleja przylepcem gazik wyjałowiony, ewentualnie zakłada opatrunek. (W razie potrzeby druga pielęgniarka trzyma pacjenta). Płyn wraz z odpowiednim formularzem, wypełnionym przez pielęgniarkę, a podpisanym przez lekarza, wysyła do zakładu bakterjologicznego lub do laboratorjum miejscowego. Zabieg oraz ilość wypuszczonego płynu zapisuje na karcie gorączkowej. Sprząta dokładnie po zabiegu.

Elżbieta Rabowska

Przegląd pism

Pisma krajowe

MŁODA MATKA, pierwszy zeszyt wrześniowy 1929.

Kilka słów o zapobieganiu chorobom zakaźnym żołądka i jelit, Dr. M. Gromski. — Nadchodzi okres grasowania czerwonki: należy tak dorosłego, jak i dziecko chronić przed 1) muchami, 2) z podejrzanych co do higjeny źródeł pochodzącemi surowemi jarzynami i owocami, 3) wodą z wadliwie urządzonych studzien. Owoce należy dzieciom podawać surowe, lecz umyte przegotowaną wodą. Przedewszystkiem trzeba dbać o prawidłowe funkcje żołądka i kiszek dziecka, skrupulatniej niż kiedykolwiek pilnując regularności posiłków, nie dając podczas posiłków zbyt wiele wody do picia, unikając słodyczy. Dziecko musi mieć ręce umyte przed każdym posiłkiem.

O „przemierzaniu“, Dr. S. Popowski. — „Przemierzanie“, to zabieg „leczniczy“, polegający na przyciąganiu lewego łokcia do prawego kolana i odwrotnie, stosowany w przypadkach „usunięć się“, bólu brzucha, zapalenia płuc i t. d. przez nieświadome matki lub „znające się“ specjalistki. Każdy powinien zwalczać ten barbarzyński zabieg, doprowadzający do uszkodzeń stawu i kości.

O t. zw. ciemieniuszce, Dr. J. Mozołowska. — Matki często najzupełniej niesłusznie boją się usuwać „ciemieniuszkę“, mogącą przejść w ognipiór. Najlepiej usuwać ją białą wazeliną lub oliwą z ½% kwasem salicylowym. Na zapuszczony strup zrobić na noc okład z ½% salicylowej wazeliny pod papierem woskowym, a rano zdjąć ciemieniuszkę grzebieniem.

Pielęgnowanie dzieci podczas duru brzusznego, (c. d.) Dr M. Stopnicka.— Ciąg dalszy wskazówek. W walce o życie dziecka, chorującego na dur brzuszny, równy udział bierze lekarz i osoba pielęgnująca. Zapobieganie odleżynom, toaleta jamy ustnej, djeta, zabiegi wodolecznicze.

Czy obecność wody w głowie jest chorobą? Dr N. Zandowa. — Należy zwalczać strach matek przed wydobywaniem „wody“ z głowy, a więc przed wydobywaniem płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach chorobowych. Obecność nadmiaru płynu nie zawsze prowadzi do stałego kalectwa.

O konieczności zaspokajania instynktu towarzyskiego u dzieci. Stefanja Lewartowicz.

Kształcenie słuchu dzieci w wieku przedszkolnym, Ryta Gnus.

Dobra ciocia, S. Kisielewska; **Jak sobie Jureczek poradził,** E. Zarembina.

Odpowiedzi na listy rodziców.

Pisma zagraniczne

PIELĘGNIARKA FRANCUSKA, lipiec 1929.

Sterilizacja wody, Dr Téchoueyres. — Nowy sposób sterilizowania wody wodociągowej, zapomocą małych ilości chloru, niewyczuwalnych smakiem, zapoczątkowany podczas wojny na froncie w Verdun, obecnie stosowany w Reims.

Jak ułatwiać matkom karmienie piersią, Dr. Lereboullet. — Wysiłek społeczeństwa francuskiego, by umożliwić i ułatwić matkom karmienie piersią, idzie w dwu kierunkach: po pierwsze w stwarzaniu żłóbków dziennych przy fabrykach, magazynach i t. d., powtóre w dostarczaniu pomocy materjalnej. Pierwszy żłóbek dzienny powstał we Francji w Beauvais, już w r. 1846, lecz mimo dodatnich rezultatów, jakie dają żłóbki, ustawa o nich z r. 1926 nie przewiduje przymusowej ich organizacji. Czy nie lepiej, zamiast instalować żłóbki przy fabrykach, zapewnić matce taki zasiłek, by mogła nie pracować przez pewien okres czasu, a pozostawać w domu i w domu karmić dziecko, przynajmniej przez pierwszy miesiąc jego życia? W myśl tego przekonania przemysłowe kasy oszczędnościowe dostarczają matkom zasiłku. Zasiłek ten, który z początku matki pobierały równocześnie pracując, został następnie podwyższony przez niektórych przemysłowców i niektóre grupy kas oszczędnościowych o tyle, że umożliwia matkom nie pracowanie podczas okresu karmienia. Ogólna suma zasiłków, dawanych matkom i rodzinom, wynosiła w r. 1927 miljard siedemset miljonów franków. Niektóre kasy przyznają zasiłek tylko pod pewnemi warunkami: zależnie od stosowania się matek do zasad higjeny, uczęszczania do poradni i t. d. — przyczem znaczną rolę odgrywają pielęgniarki, kontrolujące i pilnujące rodzin. Żłóbki dzienne nie wszędzie dają się zastosować, trudno o nie nieraz w fabrykach, gdzie ich konieczności nie przewidziano przy budowie. Powtóre matki często nie zgadzają się na przynoszenie dziecka do żłóbka w każdej porze roku, bez względu na pogodę. Toteż system zasiłków jest lepszy, daje we Francji znakomite wyniki i za nim wypowiedzieli się członkowie ostatniego Kongresu Opieki nad Dzieckiem w Paryżu.

Leczenie cukrzycy insuliną, Dr Fouquet. — Zasadnicze wytyczne leczenia, wymagającego ciągłej kontroli i ścisłej obserwacji, którą lekarze w Ameryce powierzają specjalnie w tym kierunku wyszkolonym pielęgniarkom.

Kształcenie pielęgniarek, a potrzeby społeczeństwa, Melle Chaptal, nowowybrana przewodnicząca Międzynarodowej Rady Pielęgniarek na kongresie w Montrealu, w lipcu b. r.*) Referat wygłoszony na kongresie. — Potrzeby społeczeństwa, od których powinno w pewnej mierze zależeć wykształcenie pielęgniarki, to: 1) praca w szpitalach, lecznicach, mieszkaniach prywatnych; 2) we wszystkich gałęziach pielęgniarstwa zdrowia publicznego. Teoretycznie społeczeństwo wymaga wykształcenia pielęgniarki takiego, by mogła pracować we wszystkich tych działach, praktycznie jednak wymagania zależne są od metod leczenia, rozwoju higjeny i opieki społecznej w danym kraju, od zwyczajów, potrzeb chwili, a również i od mody na tę, a nie inną gałęź pracy. Mimo to, nierozsądnie by było dawać pielęgniarkom tylko to wykształcenie, którego wymaga doraźna potrzeba społeczeństwa: szkoły muszą dawać całokształt wykształcenia zawodowego.

Zapotrzebowanie na pielęgniarki społeczne jest tak duże, że istnieje konieczność organizowania rocznych kursów. Kwestję ich można rozstrzygnąć w sposób następujący: wybrać z pomiędzy kandydatek na pielęgniarki osoby inteligentne, z odpowiedniem wykształceniem, przyjąć je na roczny kurs prowizoryczny, nie dający dyplomu, a po ukończeniu kursu skierować je do pracy, jako płatne pomocnice pielęgniarek dyplomowanych. W miarę kończenia szkół przez nowe pielęgniarki dyplomowane — należy wycofywać z pracy absolwentki kursu i przyjmować je do szkół pielęgniarstwa dla ukończenia wykształcenia.

Pielęgniarka wychodząca ze szkoły, umie zazwyczaj pielęgnować każdego chorego, z wyjątkiem chorych psychicznie i umysłowo — ta gałęź pielęgniarstwa wymaga dokształcenia, specjalizacji. Podobnie w pracy społecznej opieka nad niemowlęciem, obejmująca znajomość podstaw prawnych, wymaga specjalizacji.

Pielęgniarki, przeznaczone na naczelne stanowiska, jak dyrektorki, instruktorki, inspektorki i t. d. powinny przejść przez wszystkie gałęzie pracy w okresie 4 lat. Kurs zaś szkół pielęgniarstwa powinien trwać 3 lata, przyczem 2 lata powinna trwać formacja w pracy szpitalnej, 1 rok — w społecznej.

Poza ramy ogólnego wykształcenia, które daje szkoła, wybiega jeszcze jeden dział pracy: reedukacja chorych chronicznie, kalek, pod odpowiednim kierunkiem mogących

---

*) Sprawozdanie z Kongresu Międzynarodowego — w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej“ (Przyp. red.).

wrócić do pracy. Starania wielu sanatorjów dla gruźlików idą w kierunku readaptacji do pracy chorych uleczalnych, aby nie powracali do życia normalnego, jako jednostki ekonomicznie bezwartościowe. Otóż pielęgniarka, która się poświęci pracy nad reedukacją tych chorych, może dojść, dzięki znajomości cierpienia fizycznego, doświadczeniu w przewidywaniu nawrotów choroby i wczuwaniu się w chorego — do rezultatów lepszych, niż kto inny. Pielęgniarka, która zechce poświęcić się temu zadaniu, musi odbyć przedtem praktykę 6—8 miesięczną w kolonjach lub wsiach dla gruźlików (typu np. Papworth Cambridge w Anglji).

Ostatnie postępy pielęgniarstwa domowego (referat wygłoszony na kongresie w Montrealu), Miss J. Macdonald. — Pielęgniarka domowa reprezentuje lekarza w czasie nieobecności jego w domu chorego i jest za chorego przed lekarzem odpowiedzialna. Pielęgniarka obecna umie odpowiedzieć swym obowiązkom. Wywiera na chorego nieoceniony dodatni wpływ sugestywny, posiada — nieraz podświadomie — dużą intuicję, nabytą podczas pracy. Odniesienie się jej do chorego nie powinno być ostre, arbitralne, pacjent powinien słuchać jej mimowoli, nie spostrzegając się. Chory w dzisiejszych czasach mniej posiada stoicyzmu, niż dawniej, kiedy tempo i rodzaj życia nie ciążył, jak dziś, na jego systemie nerwowym. Od nowoczesnej pielęgniarki wymaga się umiejętności prowadzenia rozmowy, dobierania różnorodnych tematów, odrywających myśl chorego od cierpień — minęły czasy głaskania rozpalonego czoła...

Pielęgniarce domowej nie wystarcza ukończenie 3-letniej szkoły, powinna dokształcić się w różnych kierunkach — w akuszerji, pielęgnowaniu umysłowo chorych i t. d., bo wymagania, stawiane jej, mogą być bardzo różnorodne i wysokie.

I lekarz i rodzina chorego winni sprawdzić przed zaangażowaniem pielęgniarki, czy posiada dyplom państwowy. Wprowadzony w Anglji od 9 lat, nie jest on wymagany przez wszystkie szpitale i stowarzyszenia, lecz pielęgniarki, dla utrzymania zawodu na wysokości, nie powinny należeć do żadnej instytucji, gdzie zasada posiadania dyplomu państwowego nie jest obowiązująca.

Pielęgniarki domowe mieszkają najczęściej w „klubach" pielęgniarskich, nie zawsze jednak znajdują w nich pokój spokojny, gdzie mogą wypocząć po nocnej pracy, dlatego dużo pielęgniarek woli wynająć sobie oddzielny pokój, te starają się o pracę, nie zmuszającą ich do mieszkania w domu pacjenta.

Pielęgniarka domowa bywa wzywana rzadko do przypadków chirurgicznych, bo lekarze coraz rzadziej operują po domach, również nie częste są w jej praktyce przypadki chronicznie chorych, ponieważ, zważywszy długość trwania, pielęgnacja ta jest bardzo kosztowna. Temi ostatniemi przypadkami zajmują się raczej niedyplomowane pielęgniarki — wolontarjuszki, które, liczne od czasu wojny, są dla dyplomowanych poważną konkurencją, zwłaszcza, że są znacznie tańsze. Dalszą konkurencja — to korpusy pielęgniarek domowych, przyłączone do szpitali, a więc mogące liczyć na stalą klijentelę i poparcie, oraz pielęgniarki różnych towarzystw ubezpieczeniowych, zapewniających swym członkom opiekę pielęgniarską, gdyby jednak towarzystwa te postanowiły nie przyjmować pielęgniarek bez dyplomu — dla pielęgniarek dyplomowanych otworzyłoby się nowe pole pracy.

Pielęgniarstwo domowe nie jest jeszcze w Anglji należycie zorganizowane, a silna organizacja jest konieczna, aby stanowisko pielęgniarki domowej mogło się utrzymać.

Jak osłodzić matkom uczucie osamotnienia? Mme E. Viollet. — Osamotnieniu w pracy i troskach matek licznych dzieci zapobiega w wielu miastach francuskich T o w a r z y s t w o p o m o c y m a t k o m, dostarczające rodzinom pomocy kobiet w gospodarstwie i zajmowaniu się dziećmi.

Pielęgniarki wiejskie, Nikica Bovolini. — Warunki pracy pielęgniarki wiejskiej w Jugosławji.

H. Chrzanowska

PIELĘGNIARKA KANADYJSKA, Kwiecień, 1929.

Wychowanie dzieci kalek, Eth. Teasdall. — Autorka wskazuje na konieczność zajęcia się każdem dzieckiem indywidualnie w dziecięcych szpitalach ortopedycznych, gdzie dzieci przebywają na kuracji po kilka lat. „Terapja zajęć", jak wykazały doświadczenia, stwierdza, że „najlepszym sposobem, by dobrze żyć, jest dobrze pracować". Dotyczy to zwłaszcza ozdrowieńców i nietyle tu chodzi o ilość wykonanej pracy, ile o zajęcie umysłu i rąk. „To jest chwila, kiedy pielęgniarka może wykazać swe zdolności artystyczne i swą wiedzę fachową". Autorka wymienia różne sposoby zajęcia dzieci, poczynając od książek. Głośne czytanie musi być powolne i wyraźne, by nie męczyło dzieci. Podobnież opowiadania są doskonałym sposobem zajęcia dzieci. Z zajęć ręcznych autorka poleca wycinanki, naklejanki, wyplatanki, koszykarstwo, lepienie z gliny i plasteliny, robotę szydełkiem, szycie i wyszywanie, oprawę książek i t. d.

Zainteresowanych odsyła do książki p. t. „Terapja zajęć", Zuzanny Tracy. Ogólnie trzeba pamiętać o kilku prawidłach: 1) zajęcie powinno być czemś nowem i interesującem; 2) nie powinno doprowadzać do zmęczenia, ani też być zbyt trudne; 3) powinno być pożyteczne; 4) powinno dążyć do rozszerzania pojęć; 5) pielęgniarka winna brać żywy udział w pracy dzieci i okazywać zainteresowanie; 6) dzieci należy zachęcać do pracy przez pochwały i nagrody; 7) lepiej, aby dziecko robiło cośkolwiek, niż żeby nic nie robiło. Dzieci, zmuszone leżeć nieruchomo, najlepiej się bawią zabawkami ruchomemi, zwłaszcza zrobionemi z papieru. A zawsze należy pamiętać o zdaniu Spencera, że „szczęście jest najsilniejszym narkotykiem".

Zachowanie zdrowia przez odpowiednią djetę, S. Irena Marja. — Autorka wykazuje konieczność prawidłowego odżywiania się nawet w wieku młodzieńczym, kiedy tolerancja jest najwyższa. U dzieci złe odżywianie nie daje długo czekać na zgubne skutki, a są to niedorozwinięcie kości, słabe zęby, brak apetytu i zbyt wielkie łakomstwo na słodycze. Nasze błędy w odżywianiu dadzą się streścić w 4 punktach: jemy za dużo 1) mięsa, 2) cukru, 3) mącznych potraw, 4) białego pieczywa. Następnie autorka rozpatruje wartość spożywczą 4 elementów naszego pożywienia, t. j. białka, węglowodanów, tłuszczu, mineralnych składników oraz witamin.

Koszt opieki szpitalnej, Dr. G. H. Agnew. — Wiele słyszy się głosów i spotyka artykułów, krytykujących wysokie koszty utrzymania w szpitalu, ale ogół publiczności nigdy się nie zastanowił nad koniecznemi wydatkami, by pacjentom dać te wygody i leczenie, jakich ci sami krytykujący wymagają. Utrzymanie laboratorjów, różnych pracowni, pralni, kuchni djetetycznej, pochłania wielkie sumy. W wielu szpitalach, zwłaszcza dziecinnych klinicznych, liczba personelu przewyższa liczbę chorych, co podnosi koszt utrzymania szpitala, pomimo, że pensje personelu są bardzo niskie. Przeciętny koszt jednego dnia szpitalnego w Kanadzie wynosi 3.45 dol. (30 zł. 70 gr.), jest to bardzo mało w porównaniu do kosztów gdzieindziej i w stosunku do opieki, jaką chorzy otrzymują. Statystyka wykazała, że najniższy koszt utrzymania wypada w szpitalach na 100—200 łóżek, gdyż te mogą nabywać artykuły hurtowo po niższych cenach, natomiast nie utrzymują kosztownych pracowni biochemicznych, patologicznych, bakterjologicznych, diagnostycznych i innych. Przyznać trzeba, że opłaty szpitalne są zbyt wysokie w porównaniu z dochodami większej części ludności, jednak nie można obniżać kosztów utrzymania szpitala bez jednoczesnego zmniejszenia należytej opieki. Zaradzić złemu można jedynie przez zwiększenie subsydjów rządowych lub ofiarność społeczeństwa.

Po Kongresie. — Opis wybrzeży Kanadyjskich, obfitujących w piękne widoki jezior i gór.

Zagadnienia szkół pielęgniarstwa, C. E. Guillod. — Autorka uważa, że zewnętrzny wygląd szkoły, jak również i wnętrze winno być estetyczne, aby przyciągać odpowiedni typ uczennic. Plan nauk winien być doskonale opracowany i uzgodniony z praktyką szpitalną. Uczennice muszą mieć zapewnioną dobrą opiekę lekarską. Wykształcenie 6-cio, a nawet 7-mio klasowe jest koniecznym warunkiem przyjęcia. Aby wyrobić w uczennicach wszystkie zalety dobrej pielęgniarki, niezbędnym warunkiem jest, aby instruktorki w szkole umiały stworzyć atmosferę zaufania, oddania się pracy i szczęścia. Przyczynia się do tego: 1) zdrowie uczennic i instruktorek; 2) jednolitość wykonywania zabiegów w całej instytucji; 3) wzajemne zaufanie, połączone z twórczym kry-

Opieka przed i po operacji. Teresa O'Rourke. — Autorka wymienia wszystkie

tycyzmem.

zabiegi, stosowane przed operacją, następnie wskazuje, na co należy zwrócić uwagę po operacji.

Dzień w Zagrzebiu, M. Millan. — Autorka opisuje różne instytucje w Zagrzebiu, obsługiwane przez SS. Miłosierdzia. A więc ochronkę i szkołę, gdzie dziewczęta uczą się pięknych haftów; zakład poprawczy dla kobiet, skazanych na kilkoletnie więzienie za morderstwo lub kradzież, uczą się one pod kierunkiem Sióstr gospodarstwa kobiecego, aby po odbyciu kary mieć fach w ręku, co im da możność uczciwie na życie zarobić; zakład dla obłąkanych; szpital ogólny, gdzie pod kierunkiem kilku wyszkolonych zakonnic pracują inne, nie mające ukończonej szkoły, pielęgniarki.

Sprawozdanie ze Zjazdu pielęgniarek Wiktorji. — Przegląd nadesłanych książek. — Wiadomości osobiste.

J. Suffczyńska

Wiadomości bieżące. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych zostało przyjęte do Związku Artystyczno-Kulturalnego. Członkinie P. S. P. Z. mogą nabywać bilety zniżkowe do teatrów w Warszawie za okazaniem legitymacji, która znajduje się w lokalu P. S. P. Z. ul. Smolna 6.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem R. Ferka.